

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

49

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PAR

Sadegh MOGHARÉI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 1^{er} mai 1911, à Ghazvine (Iran).

Contribution à l'Étude de
“l'Accouchement Médical”
et de
“l'Accouchement Dirigé”

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(*Mention Médecine*)

PAR

Sadegh MOGHARÉI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

Né le 1^{er} mai 1911, à Ghazvine (Iran).

Contribution à l'Étude de
“l'Accouchement Médical”
et de
“l'Accouchement Dirigé”

Président : M. JEANNIN, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1938

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	N...
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPEP.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	DOGNON Physique.
BARIETY Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BENARD (Henri) Pathologie médicale.	FUNCK Pathologie chirurgicale
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BEZANÇON	GASTINEL Bactériologie.
(Justin) Hydrologie.	DE GAUDART D'ALLAINES, Patholo-
BOULIN Pathologie médicale.	gie chirurgicale.
BULLIARD Histologie.	GAYET Physiologie.
CATHALA Pathologie médicale.	DE GENNES .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER.. Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
COSTE Pathologie médicale.	HAGUENAU.... Pathologie médicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.

MM.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 PHILIBERT ... Bactériologie.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULE.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROcq.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.

ECALLE.

METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 RUPPE
 WEIL-HALLE

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Stomatologie.
 Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A SA MAJESTÉ IMPÉRIALE
REZA CHAH PDHLAVI
NOTRE AUGUSTE SOUVERAIN.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

Bien faible témoignage de ma reconnaissance.

A MES FRÈRES.

A MES SŒURS.

A TOUS LES MIENS.

A MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANNIN

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.
Accoucheur de la Clinique Tarnier.

*Qui nous fait le très grand honneur de
présider cette thèse.*

*En témoignage de notre profond respect
et de notre vive gratitude. Qu'il nous per-
mette de lui exprimer ici toute notre re-
connaissance pour l'enseignement fécond
qu'il nous a prodigué au cours de notre
externat à la Clinique Tarnier.*

A NOTRE CHER MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR LEVANT

Accoucheur de l'Hôpital Beaujon.

A qui nous devons l'idée de ce travail et la possibilité de la réaliser. Nous tenons à lui dire l'expression de notre respectueuse reconnaissance et de notre indéfectible attachement pour l'inlassable bienveillance avec laquelle il nous a fait profité de sa science et de son expérience, et pour les excellents enseignements qu'il nous a donné pendant l'année que nous avons eu l'honneur d'être son externe.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Accoucheur à la Clinique Baudelocque.

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Notre respectueuse et sincère reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

Stage :

PROFESSEUR CHARLES LENORMANT.

PROFESSEUR LAUBRY

PROFESSEUR NOBECOURT

DOCTEUR LOUIS RAMOND

PROFESSEUR LEMIERE

PROFESSEUR SEZARY

PROFESSEUR GUILAIN

Externat :

DOCTEUR GEORGES KUSS

DOCTEUR A. LEVANT

PROFESSEUR C. JEANNIN

PROFESSEUR A. COUVELAIRE

A MES AUTRES MAITRES :

PROFESSEUR AGRÉGÉ LANTUEJOUL

PROFESSEUR AGRÉGÉ LACOME

MONSIEUR S. ASCHHEIM

Ancien professeur honoraire à l'Université de Berlin.

DOCTEUR A. RAVINA

PROFESSEUR MARION

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER

INTRODUCTION

Notre principal but au cours de cette étude est de chercher le moyen de pouvoir accélérer la période du travail, et soulager ses douleurs.

Nous n'avons pas la prétention ici, de faire œuvre neuve, nombreux ont été les auteurs et les moyens qui ont été employés dans ce but.

Nos études sont d'ailleurs empruntées aux beaux travaux de l'Ecole de Strasbourg et de l'Ecole Lyonnaise.

Notre étude comporte trois parties : une première, la plus longue, est consacrée à l'étude de « L'accouchement médical » de KREIS, méthode qui cherche avant tout, à combattre au cours des accouchements normaux, les troubles fonctionnels et les anomalies de dilatation. Dans une deuxième partie, moins longue, nous étudions « L'accouchement dirigé », ou méthode des auteurs lyonnais, MM. VORON et PIGEAUD.

Enfin, dans un troisième chapitre, nous exposons, les résultats de nos propres observations, que nous avons pu recueillir à la Maternité de l'Hôpital Beaujon, grâce à la grande bienveillance de notre Maître le Docteur LEVANT, qui a bien voulu nous guider et

nous aider par ses précieux conseils. Nous le prions de croire à notre profonde reconnaissance.

Nous remercions aussi, tout ceux dont le travail et l'expérience nous ont été utiles, et nous ont servi à l'accomplissement de cette étude.

DEFINITION

Le souci de raccourcir la durée et de diminuer l'intensité des douleurs du travail, sans porter préjudice à l'organisme maternel ou fœtal, a préoccupé, depuis fort longtemps, un grand nombre d'accoucheurs. Pour atteindre ce but, il y a de nombreuses méthodes; la plupart ne semblent pas inoffensives et n'ont pas eu un écho favorable devant les grands classiques, dont l'attitude en présence de toutes manœuvres intempestives, de tout nouveau procédé ocytocique, a toujours consisté en une sage méfiance. C'est ainsi que dans ce but, certains ont employé diverses substances plus ou moins toxiques (le pernoctone, la scopolamine, l'avertine, etc...) d'autres ont fait, d'une façon systématique, des dilatations manuelles du col, des anesthésies générales, et même des rachi-anesthésies.

Dans ce travail, nous n'avons, ni la prétention, ni les qualités nécessaires pour développer, ou discuter ces méthodes.

« L'accouchement médical » et « L'accouchement dirigé » sont deux méthodes qui ont été depuis plusieurs années étudiées et mises au point successivement par l'Ecole de Strasbourg et l'Ecole de Lyon.

« L'accouchement médical » c'est le nom qui a été

donné par KREIS, à une méthode d'accouchements normaux et physiologiques, qui consiste en :

1°) une rupture artificielle, précoce des membranes.

2°) injections sous-cutanées d'une ou plusieurs ampoules de Spasmalgine.

« L'accouchement dirigé » c'est la méthode préconisée par MM. VORON et PIGEAUD de Lyon. Elle consiste en :

1°) une rupture artificielle précoce des membranes;

2°) l'emploi de Spasmalgine, sous forme d'ampoule ou suppositoire;

3°) l'emploi d'une substance ocytotique, en particulier l'extrait post-hypophysaire à faible dose.

KREIS se basant surtout, sur l'ancienneté de sa méthode, préfère le terme « d'accouchement médical ». En effet, on peut trouver dans l'Histoire d'Obstétrique de Siebold (trad. de F. J. HERRGOTT. Edition Steinheil, 1891. Tome II, page 530) un chapitre consacré à Joh.-Phil. VOGLIER, médecin et accoucheur à Weilbourg (dans le duché de Nassau, 1746-1816) où on trouve mentionnée la première description d'accouchement spasmodique, sa juste thérapeutique et enfin le terme « d'accouchement médical ».

En plus pour cet auteur, le terme « d'accouchement médical » doit être opposé à celui d'accouchement instrumental ou chirurgical, et il dit : « Une application de forceps ou une opération césarienne, n'est pas moins un accouchement dirigé et pour ces raisons, sans aucune ambition de paternité pour

l'appellation, nous préférons maintenir la nôtre. » (KREIS).

Mais les auteurs lyonnais, disent : « Pour diverses raisons, nous préférons l'expression « d'accouchement dirigé » à celle « d'accouchement médical ». Mais il doit demeurer, bien entendu — que nos recherches dérivent directement de celles de KREIS. »

En effet, ils prétendent que le terme « d'accouchement dirigé » rend assez bien compte de ce qui se passe dans la pratique, à savoir, tantôt le renforcement des contractions utérines, tantôt au contraire, l'atténuation de ces mêmes contractions, et la sédation d'un état spasmodique.

Quoiqu'il en soit, nous pensons qu'étant donné, que ces deux méthodes ne sont pas tout à fait identiques, il serait plus juste, de respecter les deux termes que l'on emploierait l'un ou l'autre, suivant que l'on applique, l'une ou l'autre de ces deux méthodes.

PREMIERE PARTIE

L'ACCOUCHEMENT MEDICAL

A la suite des travaux de SCHICKELÉ de Strasbourg et de ses élèves, en particulier KREIS, sur les contractions spasmodiques et les *obstacles fonctionnels*, très fréquents au cours des accouchements physiologiques, une méthode a été étudiée et mise au point depuis 1925.

Cette méthode, employée à la Clinique Obstétricale de Strasbourg, par KREIS, lui a donné toute satisfaction.

Comme nous l'avons dit, elle consiste, au cours de tout accouchement normal et physiologique, d'une façon systématique, en une rupture artificielle précoce de la poche des eaux, et en injections intramusculaires de Spasmalgine.

Nous allons voir pourquoi ces auteurs ont été amenés à appliquer *systématiquement* cette méthode à tout accouchement normal.

Pour cela, il faut faire une étude des contractions spasmodiques et connaître les notions modernes sur la physiologie de la dilatation.

CHAPITRE I

LES ANOMALIES DE LA DILATATION

D'après les longs et beaux travaux de SCHICKELE et de KREIS on arrive à constater, qu'au cours de nombreux accouchements normaux, ou paraissant tels, le mécanisme physiologique du travail, pour une raison quelconque, est troublé. Il y aurait très souvent des obstacles fonctionnels, des *contractions spasmodiques*, qui retarderaient le travail et feraient subir à la parturiente des souffrances pénibles. Ce sont ces obstacles fonctionnels, qu'on avait résumés au chapitre clinique des *anomalies de la dilatation*, qui constituent les plus fréquentes difficultés thérapeutiques pendant l'accouchement.

Il s'agit d'un phénomène fonctionnel, dont la nature pathologique souvent nous échappe, et qui a pour conséquences — un simple retard d'évolution — des douleurs exagérées, un travail long, pour lesquels les classiques enseignent la patience et l'abstention.

Ces troubles fonctionnels, cause des accouchements *imparfaits*, sont excessivement fréquents; pour KREIS ils seraient même, presque constants — car il dit, ce

qui semble à priori excessif, que tout ou presque tout accouchement est pathologique, et qu'il ne faudrait pas confondre, l'*accouchement spontané* avec l'*accouchement normal*.

D'après KREIS, pour qu'un accouchement soit normal, il faut qu'il évolue, pour les primipares au maximum en 6 h. et pour les multipares, au maximum en 4 h. Le but de l'accouchement médical est d'obtenir ou d'approcher de ce résultat par un traitement médical, dans le cas qui seul, n'évolue pas normalement.

Cependant il y a des primipares ou des multipares, qui accouchent normalement en moins de 6 ou de 4 h. Donc il y a des accouchements spontanés, qui sont normaux, même d'après la définition de KREIS. Seulement ils sont rares, alors que cela aurait dû être la règle.

Cette rareté dépend de la fréquence de ces obstacles fonctionnels, des troubles de la contraction utérine, des contractions spasmodiques, des spasmes localisés au niveau du segment inférieur et du col.

Pour bien connaître ces contractions spasmodiques, bien comprendre leur fréquente localisation sous-bandeliennne, le retard de dilatation qu'elle détermine, il faut d'abord bien étudier la physio-pathologie de la contraction et la physiologie de la dilatation.

Physio-pathologie de la contraction.

Depuis quelques années, on possède un certain nombre d'idées nouvelles, sur la contraction utérine. Pendant ces dernières années, nos idées sur la structure du col et du segment inférieur, ont singulièrement évoluées; ceci à la suite des études minutieuses faites sur la fibre utérine musculaire surtout par les Allemands (Travaux de l'Institut Anatomique de Kiel) et par les Belges (Travaux de KEIFFER, Lucien BROUHA, etc...) et d'autre part, par les recherches physiologiques de l'Ecole de Strasbourg.

Le segment inférieur et surtout le col, étaient jusqu'à ces derniers temps considérés comme, surtout et même, pour certains exclusivement, composés de fibres élastiques. Ceci expliquait anatomiquement la théorie de la dilatation du col uniquement passive.

Les recherches anatomiques modernes ont montré, qu'il existe au niveau du col et du segment inférieur, des fibres musculaires obliques ou circulaires. Les fibres longitudinales corporeales envoient leur extrémité, dans le col (BAYER). Les constatations cliniques ne font que confirmer cette vérité anatomique. Les travaux de nombreux accoucheurs (surtout DEMELIN) ont bien établi le rôle de la contraction permanente, la téτανisation de l'utérus — qui s'étend au segment inférieur et au col.

Pendant longtemps les physiologistes se sont divi-

sés au sujet de la nature même des contractions utérines.

Pour les uns, l'utérus entre en contraction que lorsque ses fibres sont dans un état physico-chimique déterminé, quand elles sont *mûres*; c'est la théorie colloïdale de KEIFFER.

Les autres pensaient au contraire, que la contraction utérine était toute entière soumise à l'action du système nerveux (sympathique et médullaire).

Actuellement il semble évident, que seule une théorie mixte est capable d'expliquer les faits. On sait, à présent, qu'il existe, dans l'épaisseur même du muscle utérin, un réseau de filets et de ganglions sympathiques, qui peuvent parfaitement être le siège d'une action nerveuse autonome, et expliquer les contractions d'un utérus, isolé de ses connexions nerveuses.

Des travaux de DELMAS et des recherches de MAHON, on est en outre, en droit de supposer que le corps de l'utérus et le segment inférieur, col compris, sont innervés d'une manière tout à fait différente. Ce qui peut être démontré par l'action différente de la rachi-anesthésie sur le corps et sur le col.

En effet, sur un utérus à terme, alors qu'une rachi paralyse le système nerveux du col, permettant assez facilement d'aboutir par des manœuvres simples à une dilatation plus ou moins complète du col, cette même rachi provoque une rétraction du même corps utérin.

Ces notions physiologiques sont susceptibles d'expliquer :

— d'une part, l'existence des contractions spasmodiques, localisées uniquement au niveau du segment inférieur;

— d'autre part, que certains médicaments anti-spasmodiques sont susceptibles d'agir seulement sur le spasma sous-bandélien, sans arrêter les contractions du corps utérin.

C'est dans ces cas du spasme sous-bandélien, constituant un véritable obstacle fonctionnel et une résistance anormale du canal cervico-segmentaire, qu'il ne faudrait pas employer une ocytocique qui augmenterait les contractions d'une façon inutile ou parfois dangereuse. Il serait par contre, tout à fait logique, d'user d'anti-spasmodique — mais à la condition de savoir en faire un diagnostic.

CHAPITRE II

CONTRACTIONS SPASMODIQUES

DÉFINITION : Les troubles de la motricité utérine, soit par hypertonie, soit par hypotonie, sont déjà mentionnés dans les traités classiques. Mais c'est surtout l'Ecole de Strasbourg, avec SCHICKELÉ et KREIS, qui a le plus étudié la question, et qui en a établi le moyen de diagnostic et le plan thérapeutique.

Normalement, les contractions utérines doivent être régulières dans leur durée et dans leur intervalle. Pendant la période de dilatation, la durée normale de la contraction est de 40 à 50 sec., et celle de l'intervalle de 3 à 4 min. La régularité étant la vertu principale de toute fonction continue, il faut donc qu'elle existe aussi pour les contractions et les intervalles de repos, pendant lesquels l'utérus répare ses forces.

Dans le cas contraire, quand il n'y a pas cette régularité, les contractions qui sont alors anormales, ont été appelées par SCHICKELÉ *spasmodiques*.

DIAGNOSTIC : Souvent il n'y a pas de limite franche, entre les contractions normales, et les contractions spasmodiques.

Les contractions spasmodiques, en général, se manifestent par un signe objectif très important : des douleurs localisées dans les régions sacro-lombaires, très pénibles et que l'on a appelé *fausses douleurs*.

Un autre signe, est l'irrégularité dans leur durée et dans leur intervalle. Ces contractions spasmodiques sont caractérisées par l'exagération de leur intensité et l'irrégularité de leur rythme.

Inégalité de la durée, tantôt trop longue, tantôt trop courte, avec intervalles également irréguliers. Très souvent, il y a à peine un repos entre les douleurs, et même parfois pendant toute la durée de l'intervalle, l'utérus ne ramollit pas, il reste dans un certain état de contraction, plus ou moins prononcé.

Au touché vaginal, fait *pendant* la contraction, on constate la disparition de la passivité du col. Ce dernier se contracte, et il existe souvent à son niveau, une sensibilité exagérée particulière.

Il y a même des cas très rares, décrits une ou deux fois par SCHICKELÉ, où la fonction est totalement inversée, de sorte que seul le col se contracte, tandis que le corps reste inerte.

A côté de ces contractions spasmodiques, douloureuses et apparentes, il y a cependant une catégorie de cas, qui frappe par une inertie apparente du corps utérin. Ces cas de *fausse inertie*, avec des contractions trop faibles ou trop espacées, qui échappent au traitement hypophysaire, correspondent à

un spasme seulement localisé au niveau du col, et sont justiciables aussi, d'un traitement anti-spasmodique. C'est cette fausse inertie que VIGNES a appelé « inertie par hypertonie ».

ETIOLOGIE : Il n'est pas toujours aisé de savoir la cause des contractions spasmodiques chez une parturiente, et souvent même la pathogénie de ces troubles fonctionnels, véritable obstacle à la dilatation, nous échappe.

On a décrit des causes très différentes :

— Rigidité de l'orifice externe (quelle que soit son étiologie).

— L'adhérence plus solide des membranes fœtales au segment inférieur.

— Poche des eaux trop résistante.

— L'hydramnios.

— Une anomalie congénitale de l'utérus (absence de fibres élastiques).

— Primipares âgées.

— Il y a même des auteurs qui enseignent, qu'une certaine constitution nerveuse peut exercer son influence. C'est ainsi que VIGNES prétend que les femmes vagotoniques accouchent plus aisément que les sympathicotoniques exposées d'habitude aux spasmes.

OSTRČIL, de Prague, est d'avis que le plus souvent ce sont des femmes qui ont une constitution intersexuelle.

ASCHNER, de Vienne, affirme qu'en général, il n'y a pas d'anomalies anatomiques, le trouble est dû à

l'asthénie, à la neurasthénie, à l'hystérie, à des troubles endocriniens, etc..., etc...

TRAITEMENT : Le traitement des contractions spasmodiques doit être institué précocement, il faut en faire donc, un diagnostic précis le plus tôt possible.

En effet, à mesure que l'on laisse persister un état spasmodique du col, il survient des modifications tissulaires et circulatoires (œdème du col, épaississement de l'orifice interne) qui sont alors des *états définitifs*.

Alors les anti-spasmodiques seraient peu efficaces, et même quelquefois n'auraient plus aucune prise.

Il en résulterait, un accouchement compliqué, en tout cas retardé, dont l'enfant peut souffrir.

Ceci montre l'intérêt de contrôler les contractions utérines, montre en main, en palpant l'utérus, en faisant un touché vaginal, *pendant* la contraction, afin de pouvoir diagnostiquer d'une façon précoce l'existence du spasme et mettre en œuvre le traitement anti-spasmodique, avant qu'il y ait eu des modifications tissulaires au niveau du col.

D'autre part, étant donné la fréquence de ces spasmes, on peut dire, que l'emploi systématique des anti-spasmodiques ne serait pas inutile, mais au contraire il abrégèrait la durée du travail, non pas par une accélération véritable, mais par un retour à des conditions strictement physiologiques.

CHAPITRE III

LA SPASMALGINE

C'est à l'école de Strasbourg, et en particulier à SCHICKELE et KREIS, que revient le mérite incontestable d'avoir mis à l'ordre du jour, l'usage de la spasmalgine en obstétrique, comme anti-spasmodique.

La spasmalgine qui est une spécialité de la Maison Hoffman-La Roche, se présente sous trois formes :
ampoules — comprimés — suppositoires.

Chaque ampoule, comprimé ou suppositoire est dosé à :

<i>Pantopone</i> (Opium total injectable)	1 centigramme
<i>Papaverine</i> (Alcaloïde anti-spasmodique de faible toxicité	2 centigrammes
<i>Atrinal</i> (Ester sulfurique d'atropine)	1 milligramme

Ce produit peu toxique est préférable à la morphine qui peut être dangereuse pour le fœtus.

La spasmalgine est complètement inoffensive pour le fœtus et pour la mère. Son pouvoir anti-spasmodique n'a aucune action freinatrice sur le travail et la dilatation.

Elle régularise les contractions sans arrêter la dilatation (C. JEANNIN).

INDICATIONS : Les indications obstétricales de ce produit sont très nombreuses. C'est un des médicaments qui ait la plus large indication en accouchement. On l'emploie au cours des :

- Contractions et douleurs spasmodiques.
- Fausses douleurs.
- Inertie apparente (spasme du col).
- Inertie primitive.
- Etat de contracture du travail.
- Excès de contraction.
- Douleurs lombaires subintrantes.

POSOLOGIE : La posologie est variable suivant l'état pathologique que l'on veut combattre. Le traitement anti-spasmodique se fait sous contrôle de son effet, que l'on peut constater après 15 ou 20 min.

On commence systématiquement à injecter à tout accouchement normal, une ampoule de spasmalgine. Après 20 min. l'effet doit être perceptible. Dans les cas résistants, on donne trois ampoules à intervalle de 20 min. et on répète les trois injections une heure plus tard, s'il y a nécessité (KREIS).

Précocement employée dans un but prophylactique, une ou deux ampoules suffisent à prévenir le spasme et abréger le travail. Employée tardivement, alors qu'il y a déjà un œdème ou un épaissement du col, elle est moins efficace et il en faut des doses plus répétées. M. VORON en a fait jusqu'à 5 et M. KREIS jusqu'à 7 ampoules, sans qu'il y ait aucune espèce d'inconvénient.

Le tout est d'appliquer la *dose suffisante* pour supprimer le spasme, de l'appliquer *le plus tôt possible*; pour le saisir à son début, avant les modifications tissulaires.

Quand il s'agit de l'employer contre des douleurs subintrantes ou dans un but préventif, il est préférable de la prescrire sous forme de suppositoires, ce qui permet d'éviter des piqûres systématiques et répétées à la parturiente normale.

L'injection sera réservée aux cas de spasmes évidents.

CHAPITRE IV

POCHE DES EAUX

La conduite à tenir vis-à-vis de la poche des eaux, est discutée et différente, suivant les auteurs. Jadis, la conservation des membranes intactes jusqu'au début de la période d'expulsion réalisait la condition idéale, qui favorisait l'évolution du travail. La poche des eaux agissait à la manière d'un coin, et dilatait l'orifice du col. C'était la théorie de la pression hydro-statique de LAHS soutenue par beaucoup d'auteurs.

« D'une façon générale », disait FIEUX, « on a tout intérêt à ménager l'intégrité des membranes, jusqu'au moment de la dilatation complète. » De même FREY, de Zurich, est convaincu que l'écoulement prématuré des eaux fœtales, trouble le pronostic de la mère et de l'enfant.

Sauf quelques rares exceptions, les traités classiques acceptent presque sans réserves, que la poche des eaux a un rôle au cours de la dilatation, et ils insistent aussi sur son rôle de protection contre l'infection.

Mais c'est à KREIS, que nous devons cette opinion,

révolutionnaire pour certains, à savoir que : « La poche des eaux est un obstacle à la dilatation et qu'il y a un avantage à la rompre au début du travail ». Nous pensons que la vérité, comme d'ordinaire, est au milieu.

Cette rupture artificielle des membranes, était quelquefois pratiquée. C'est ainsi que PINARD a précisé une des circonstances dans laquelle, on était non seulement autorisé, mais on devait recourir, à ce procédé; c'est lorsque la dilatation étant stationnaire, les membranes restent tendues dans l'intervalle des contractions.

En 1912, un auteur hollandais, VAN-DER-HOEVEN, était le grand protagoniste de la rupture artificielle de la poche des eaux, à partir d'une dilatation de 4 cm.

KREIS, après une longue expérimentation, prétend que la poche n'a pas de *fonction propre* dans l'accouchement normal, elle n'a surtout aucun rôle dilateur et que le fameux *coin*, qui s'insinue dans l'orifice interne et arrive à le forcer, n'existe pas. Bien au contraire, la poche des eaux est bien souvent un obstacle, soit à l'engagement de la tête, soit à la dilatation; la rupture remédie aux deux inconvénients (KREIS).

Il est en effet, d'une observation curieuse et ancienne, que dans la grande majorité des cas, on obtient par la rupture artificielle, des contractions intensifiées et une dilatation souvent plus rapide.

CRITIQUES : A la rupture artificielle précoce de la poche des eaux, on a reproché deux choses :

- 1°) la procidence du cordon,
- 2°) le danger d'infection.

Il semble que la crainte de procidence du cordon ne soit pas justifiée — et comme nous verrons par la suite, les travaux de l'Ecole de Strasbourg, démontrent qu'il n'y a pas de procidence avec rupture à une petite dilatation. Elle n'est à craindre que dans les dilatations avancées, avec calotte de liquide prépolaire prononcée et pôle mobile.

Pour KREIS le danger d'infection ne trouve pas non plus de justification, en effet, se basant sur ses travaux, il dit :

« Si l'ascension bactérienne présente en elle-même
« un danger, on ne pourra l'éviter en conservant les
« membranes. Elle se fera plus tôt ou plus tard. Les
« membranes représentées comme barrière contre
« l'infection, nous paraissent être une idée trop mé-
« canique et trop primitive par rapport aux condi-
« tions essentiellement biologiques de l'infection. »
Et il conclut en disant, qu'il ne croit pas que la rupture précoce des membranes joue un rôle tant soit peu dans l'infection.

Cependant, nous pensons que le rôle de la protection des membranes contre l'ascension des germes, doit être tenue en considération. Mais cette rupture précoce faite dans un service hospitalier, avec toutes les précautions d'asepsie ne présente aucun inconvénient.

La rupture artificielle des membranes, doit être pratiquée à la condition expresse, que la *femme soit en travail*, que le col soit effacé, que la présentation soit longitudinale, quelle que soit la dilatation.

Ci-dessous nous allons étudier les différents résultats obtenus par cette méthode « d'accouchement médical » à la Clinique Obstétricale de Strasbourg par M. KREIS.

Tout d'abord une statistique de l'année 1930 (publiée dans « La Gynécologie » de janvier 1932) où l'on compare les résultats de cette méthode, avec ceux de l'année 1923 — année où les accouchements sont faits d'après l'enseignement classique, — ensuite une statistique de l'année 1933, parue dans la thèse de O. JULIAN, de Strasbourg (1934) :

PRIMIPARES.

1923 : 598.				1930 : 598.			
1-6 heures ...	79 cas	1-6 heures ...	155 cas				
6-8 — ...	62 —	6-8 — ...	108 —				
8-10 — ...	57 —	8-10 — ...	104 —				
10-12 — ...	72 —	10-12 — ...	78 —				
12-14 — ...	53 —	12-14 — ...	50 —				
14-16 — ...	53 —	14-16 — ...	45 —				
16-18 — ...	52 —	16-18 — ...	22 —				
18-20 — ...	42 —	18-20 — ...	22 —				
20 et + — ...	125 —	20 et + — ...	14 —				

MULTIPARES.

1923 : 652.			1930 : 652.		
1-3 heures ...	103 cas		1-3 heures ...	161 cas	
3-6 — ...	184 —		3-6 — ...	242 —	
6-8 — ...	107 —		6-8 — ...	115 —	
8-10 — ...	73 —		8-10 — ...	60 —	
10-12 — ...	44 —		10-12 — ...	33 —	
12-14 — ...	37 —		12-14 — ...	19 —	
14-16 — ...	35 —		14-16 — ...	11 —	
16 et + — ...	68 —		16 et + — ...	11 —	

Par la comparaison des durées d'accouchement de ces deux années, qui comprennent toute la pathologie, on peut reconnaître en faveur de l'année 1930 :

— a) que les accouchements à longues durées ont sensiblement diminué;

— b) que les durées maximales ont été sensiblement raccourcies;

— c) que le nombre d'accouchements faciles ou évoluant dans un temps reconnu normal par les classiques a doublé, surtout pour les primipares.

A côté du raccourcissement du travail, on a réduit l'application du forceps et les incisions du col à 1 %.

Si l'on considère ces chiffres, dans lesquels est comprise toute la pathologie obstétricale, on voit qu'un peu moins d'un tiers des primipares accouchent en moins de 6 heures, que plus de 2/3 accouchent en moins de 12 heures. On voudra bien donc admettre que les premières sont les normales, ou rendues telles, et que l'accouchement normal de la primipare ne doit pas dépasser 6 heures (KREIS).

ETUDE STATISTIQUE DE L'ANNE 1933
DE LA CLINIQUE OBSTETRICALE
ET GYNECOLOGIQUE
DU PROFESSEUR REEB

(EXTRAITE DE LA THÈSE DE O. JULIAN,
DE STRASBOURG, 1934).

DURÉE DES ACCOUCHEMENTS

Primipares :

Multipares :

1 à 6 heures :	179 cas	1 à 3 heures :	167 cas
6 à 8 — :	119 —	3 à 6 — :	333 —
8 à 10 — :	84 —	6 à 8 — :	84 —
10 à 12 — :	59 —	8 à 10 — :	25 —
12 à 14 — :	23 —	10 à 12 — :	12 —
14 à 16 — :	10 —	12 à 14 — :	6 —
16 à 18 — :	2 —	14 à 16 — :	2 —
18 à 20 — :	3 —	16 et + — :	2 —
20 et + — :	7 —		
	486 —		631 —

Total des accouchements : 1.117.

Dans la catégorie de ceux qui ont duré plus de 18 heures, un certain nombre ne peut d'ailleurs pas être mis au passif de la méthode.

Sur ce nombre d'accouchements, il y a :

Mortalité maternelle : 4 décès (infractus intestinal, péritonite à la suite d'une césarienne, septicémie, paramétrite et abcès gangréneux de la région lombaire).

Mortalité infantile : 36 décès — dont aucun ne peut être mis sur le compte de l'accouchement médical.

Craniotomie : 4 cas.

Phlegmatia alba-dolens : 4 cas.

Accidents de la délivrance.

Délivrance artificielle : 14 cas.

Révision utérine (pour hémorragie) : 6 cas.

Révision utérine (pour suspicien de rétention placentaire, avec deux révisions positives) : 7 cas.

Incision du col : 8 cas, soit 0,7 %.

Application de forceps : 11 cas.

Procidence du cordon : 6 cas, avec 4 enfants morts.

Aucune de ces procidences ne s'est produite après rupture artificielle de la poche des eaux à petite dilatation, mais qu'elle a toujours compliqué des ruptures prématurées ou spontanées de la poche.

Césarienne : 22 cas (pour bassin rétréci, placenta prævia, apoplexie utérine, cancer du col, etc..., etc...).

Donc, en résumé, sur un total de 1.117 accouchements, on peut dire qu'il n'y a :

point de mortalité maternelle ou fœtale qui puisse être mise sur le compte de cette méthode.

La morbidité maternelle est peu importante.

CHAPITRE V

LA PRIMIPARE AGÉE

On sait toute la discussion qu'a suscitée la question de la primipare âgée, et la différence qu'il y a à ce sujet entre les auteurs. Quoiqu'il en soit, il ne semble pas que fatalement l'âge joue un rôle néfaste dans l'accouchement de la primipare.

Les études de l'Ecole de Strasbourg permettent d'affirmer que « l'accouchement médical » donne d'aussi bons résultats chez la primipare âgée que chez la jeune. C'est ainsi que dans une étude portant sur les résultats de 5 années d'accouchements de primipares âgées, on constate que la durée moyenne du travail par cette méthode, est entre 9 et 13 heures environ.

Dans un travail très complet sur cette question, paru en 1926,

GOSTU DUNDH publie les différentes moyennes de la durée du travail chez la primipare âgée d'après plusieurs statistiques. Pour les 8.383 que représente cette étude, il obtient une durée moyenne de 25 heures, et sur aucune de ces statistiques, on n'atteint la moyenne obtenue par KREIS.

Tête mobile au début du travail.

En cas de bassin normal — et tête non engagée, en l'absence de dystocie, la rupture artificielle des membranes, est indiquée lorsque l'engagement ne fait pas de progrès dans la mesure normale, tout en tenant compte de l'état des contractions utérines.

M. KREIS plaide en faveur de la rupture artificielle, sans égards pour la dilatation, dans les cas de tête mobile avec un bassin normal ou relativement rétréci. Cependant dans ces cas, il nous semble que cette rupture artificielle, doit être réservée aux accoucheurs de profession, car il faut pouvoir évaluer la dystocie, il faut pouvoir juger la quantité des douleurs, il faut être prêt à des éventualité (pouvoir faire une césarienne en cas de non engagement).

Epreuve du travail ou épreuve de dystocie.

En cas de dystocie au détroit supérieur, on doit avoir présent à l'esprit, deux ordres de phénomènes :

Un, qui est l'activité fonctionnelle du moteur utérin, l'autre, le rapport entre la tête fœtale et le bassin maternel.

C'est sur le second phénomène qu'il y a lieu ici de fixer notre attention.

Pour pouvoir juger tout d'abord si une dystocie est réelle ou non, il est indispensable, que la tête prenne

contact aussi tôt que possible, avec le bassin. Pour réaliser cette condition, il est indiqué de rompre la poche des eaux, dès le début du travail, car aussi longtemps que la poche persiste, la tête reste le plus souvent mobile au-dessus du détroit supérieur, et tout jugement sur une dystocie effective ou apparente est illusoire.

C'est d'ailleurs l'avis de tous les accoucheurs. D'après BROUHA : « l'épreuve du travail ne devient réellement effective, qu'à partir du moment où la disparition de la poche des eaux, permet à la tête de prendre contact directement avec l'obstacle osseux ».

Ce contact permet à la tête une configuration précoce et c'est la raison pour laquelle KELLER, pratique aussi cette rupture pour : hâter la configuration de la tête, la formation de la bosse séro-sanguine, l'allongement de la tête, le chevauchement des os pariétaux ».

Mais les avis sont partagés lorsqu'« il s'agit de décider le moment de la rupture. Pour les classiques, elle ne peut et doit se faire qu'à la dilatation complète.

M. KELLER de Strasbourg la pratique à une dilatation de 5 frs., mais KREIS, fait cette rupture très tôt, début du travail.

L'effet de la rupture artificielle précoce étant très remarquable dans les cas de bassin normal, est encore plus appréciable dans les cas de dystocie relative (KREIS).

Cependant, fait très important, on ne doit rompre la poche des eaux qu'à condition que l'examen du bas-

sin et de la tête fœtale, fasse prévoir la possibilité de l'engagement.

La conclusion qui se dégage des travaux de l'Ecole de Strasbourg est la suivante :

« Avec la technique de l'accouchement médical, l'épreuve du travail peut être conduite de manière à ce que, l'épreuve de dystocie soit résolue en 10 heures. Tout en limitant l'épreuve de dystocie à ce maximum de 10 h., dans la majorité des cas, il ne nous reste que 35,8 % d'opérations césariennes sur un ensemble de 156 cas. C'est-à-dire une proportion qui correspond aux chiffres d'autres auteurs faisant généralement des épreuves plus longues ».

Il est bien entendu qu'en cas d'échec les indications classiques entrent en vigueur. L'avantage en est encore qu'elles sont gagnées plus tôt et qu'elles sont à l'abri de toute critique.

DEUXIEME PARTIE

« L'ACCOUCHEMENT DIRIGÉ »

Le terme « d'accouchement dirigé » a été donné par MM. VORON et PIGEAUD de Lyon, à une méthode qui dériverait en principe, de « l'accouchement médical » de KREIS, et qui consiste :

en un ensemble de moyens obstétricaux (rupture de la poche des eaux) et des moyens médicaux (l'emploi de spasmalgine, de la post-hypophyse, de quinine ou de chloral).

Ces moyens sont destinés à accélérer la marche du travail et à diminuer dans une mesure notable, les douleurs éprouvées par la parturiente.

L'originalité de « l'accouchement dirigé » est justement d'associer l'emploi des faibles doses d'ocytocique à la mise en œuvre d'autres procédés, constituant l'accouchement médical de KREIS.

Mais ce n'est pas là la seule différence de ces deux méthodes. Nous allons voir en quoi elles diffèrent.

1°) En ce qui concerne la poche des eaux, les auteurs lyonnais croient en son rôle de protection de la cavité ovulaire vis-à-vis de l'ascension des germes vaginaux! ils ne la rompent qu'à une dilatation entre

4 cm. et une petite paume de main, alors que KREIS, comme nous l'avons vu, le fait à tous les degrés de dilatation.

2°) Au sujet de la spasmalgine ils sont d'accord avec KREIS, pour dire que c'est un très bon anti-spasmodique, qu'elle est absolument inoffensive pour le fœtus, et ils sont allés jusqu'à en faire 4 à 5 injections en quelques heures.

Jusqu'en 1935, ils agissaient de la façon suivante :

Une ampoule de spasmalgine, dans les cas de douleurs subintrantes à localisation lombaire, très fréquentes lorsque la dilatation atteint la grande paume, sans qu'il y ait un spasme net.

Plusieurs ampoules, lorsqu'il y avait un spasme sous-bandélien évident, mais ils disaient que : « L'emploi systématique ne nous paraît pas justifié ».

Depuis cette date, ils ont renoncé à l'injection de spasmalgine à titre prophylactique, et ils ont simplement recours à l'emploi de suppositoires, qui semblent donner des résultats analogues, et qui ont l'avantage de ne pas imposer à une parturiente normale, systématiquement, une ou plusieurs piqûres.

Les injections sont réservées pour les cas, où la spasmalgine est indiquée à titre curatif.

Au cours de tout accouchement normal, ils conseillent de placer un premier suppositoire au moment de la rupture de la poche des eaux, un second suppositoire sera systématiquement utilisé, une 1/2 heure plus tard.

3°) Mais la caractéristique de cette méthode, est l'emploi de la post-hypophyse.

Avant de voir leur façon d'agir, il nous semble indispensable de rappeler succinctement les indications et surtout les contre-indications de ce produit.

Post-hypophyse.

C'est DALE, qui en 1906, découvrit le pouvoir ocytique de l'extrait post-hypophysaire. Son emploi a été adopté par les cliniciens, presque dès le début de la découverte de DALE. Les résultats ont été déconcertants, et des désastres ayant été enregistrés, de telle sorte que ce produit fut rejeté par beaucoup d'auteurs. Les extraits mal dosés et employés à plus ou moins escient, furent la cause de plusieurs morts d'enfants, et inscrivirent à leur passif, un nombre plus ou moins important, de ruptures utérines. Ceci jusqu'au jour où l'on a pu faire un dosage exact des produits commerciaux, et établir une unité physiologique internationale.

Actuellement, on peut dire, que des doses minimales d'extrait absolument incapables de créer une tétanisation de l'utérus, à plus forte raison une rupture, se montrent cependant susceptibles d'agir efficacement au cours du travail dans les cas où l'emploi est justifié.

CONTRE-INDICATIONS : Pour administrer la post-hypophyse, il faut respecter certaines conditions qui sont :

- un bassin normal,
- une présentation longitudinale,
- pas de tumeur *prævia*,
- un col souple et un utérus n'ayant pas été hystérotomisé,
- enfant ni trop gros, ni hydrocéphale, ni en état de souffrance,
- enfin, en raison des propriétés hypertensives de la post-hypophyse on évitera également, son emploi chez les hypertendues, les cardiaques, les brightiques, ou chez les éclamptiques.

INDICATIONS : Les principales indications de l'extrait post-hypophysaire en obstétrique sont :

- toutes les fois que pour une cause quelconque la contraction utérine semble insuffisante, chaque fois qu'il y a une *inertie utérine*,
- l'atonie ou l'hypotonie utérine,
- les hémorragies de la délivrance,
- dans le muscle utérin, en cas de césarienne.

Dans la méthode « d'accouchements dirigés » on emploie ce produit, sous forme de petites ampoules dosées à 2 unités internationales, sans jamais dépasser la dose de 10 unités.

On fait, avant tout, 2 unités pour parer à l'inertie relative au cours de la période d'expulsion, ou, chaque fois qu'au cours du travail, avant dilatation complète, les contractions utérines s'affaiblissent et s'espacent. De même, dans les cas d'inertie relative, qui dans certains cas succède à la rupture précoce spontanée ou artificielle des membranes.

En résumé, l'emploi d'extrait post-hypophysaire administré à la dose de 2 unités internationales, trois à quatre fois représentés, ne provoque jamais aucun accident. Son emploi sans être systématique est très souvent indiqué au cours du travail, soit avant dilatation complète, soit plus fréquemment, au cours de la période d'expulsion.

Les auteurs lyonnais, emploient le mélange d'extrait d'hypophyse et de spasmalgine, lorsque la dilatation n'étant pas complète, ils jugent nécessaire de renforcer les contractions.

Et ils concluent : « Cette association d'hypophyse-
« spasmalgine, le mélange étant fait, extemporané-
« ment dans la seringue avant l'injection, nous a
« donné entière satisfaction, et ses résultats clini-
« ques, nous autorisent à en conseiller l'emploi ».

L'administration par voie bucale de sulfate de quinine (2 à 3 cachets de 50 centigrammes ou de sirop de chloral (2 cuillerées à soupe) est une pratique ancienne à conserver. L'action adjuvante de ces médicaments n'est plus niable, et on en observe souvent d'heureux effets.

En résumé, voici donc comment on agit à Lyon :

d'une façon systématique on rompt la poche des eaux lorsque la dilatation atteint 4 cm., en même temps on place un premier suppositoire, et un deuxième une 1/2 heure plus tard. Souvent la femme accouche sans que l'on lui fasse autre chose. Quelques fois, mais non d'une façon systématique, on fait une ou plusieurs ampoules de 2 unités internatio-

nales de la post-hypophyse; et ceci soit avant dilatation complète — quand les contractions s'affaiblissent et s'espacent — soit plus souvent, lorsqu'il y a une inertie relative pendant l'expulsion.

A la suite d'une longue expérimentation de plusieurs années, les auteurs lyonnais affirment que par cette méthode « d'accouchements dirigés » ils ont obtenu des résultats satisfaisants : le travail a été accéléré, les douleurs soulagées.

« Nous avons contrôlé » disent-ils « cette méthode par des moyens cliniques et des procédés graphiques, utilisant pour les prises de tracés, l'hystérographe de FABRE. Ces modes d'investigation donnent des résultats concordant, et permettent de se rendre compte de l'efficacité associée à l'innocuité absolue, des différents procédés énumérés plus haut ».

TROISIEME PARTIE

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Au cours de l'année que nous avons passée dans le service de notre Maître le Docteur LEVANT, sous l'inspiration de ce dernier; aidé et guidé par lui, nous avons pu essayer la méthode dite « d'accouchement dirigé ».

Nous avons réuni cinquante observations de femmes qui ont accouché par cette méthode.

Nous avons employé l'hypophyse et la spasmodine associées, en les mélangeant extemporanément dans la même seringue au moment de l'injection.

En même temps, chaque fois que nous avons appliqué cette méthode, à une parturiente, nous l'avons comparée avec les autres femmes, qui étaient au même temps, et presque dans les mêmes conditions de travail.

Nous avons étudié et comparé leurs contractions, leurs durées totales du travail, leurs douleurs, la progression de la dilatation et la marche du travail.

Très souvent, mais pas toujours, l'avantage était en faveur de celles qui avaient reçu le mélange hypophyse-spasmodine.

Après l'injection de ce mélange, les contractions devenaient plus fortes et plus rapprochées. Leur durée ne variait pas beaucoup, mais l'intervalle devenait plus court.

Nous avons observé, plusieurs fois, alors que les contractions étaient espacées de 10 à 15 mn., après l'injection l'intervalle se réduisait à 3 ou 4 mn.

En même temps les douleurs se calmaient un peu, les femmes éprouvaient un soulagement, elles nous disaient qu'elles avaient moins mal. Surtout quand la parturiente présentait des douleurs subintrantes à localisation lombaire (quand elle se plaignait d'avoir mal aux reins) on lui faisait une injection de spasmalgine, que l'on faisait suivre $1/4$ d'heure ou une $1/2$ heure après, d'une injection du mélange hypophyse-spasmalgine. Cette manière d'agir nous donnait souvent de bons résultats.

Au début nous avons commencé par rompre artificiellement la poche des eaux, quand le col était effacé et que la dilatation était à 2 frs ou au-dessus de 2 frs. En même temps nous faisions une injection du mélange :

— Spasmalgine Roche : un centigramme.

— Post-Hypophyse Choay : deux unités.

Pour cela nous prenions une ampoule de 1 cc. de la Post-Hypophyse Choay, n° 2, qui contient 5 unités internationales.

Dans une seringue graduée au $1/10$, nous prenions $4/10$ de cette ampoule, ce qui correspond à deux unités; nous y ajoutons le contenu d'une ampoule

de Spasmalgine, et nous injections le mélange en sous-cutanée profonde.

Nous faisons une deuxième injection identique, lorsque la dilatation était à complète.

Mais au bout de quelques observations, nous avons supprimé cette deuxième injection, et nous nous sommes contentés d'une seule piqûre du mélange ci-dessus.

Il nous paraît difficile de tirer de nos observations des éléments statistiques précis, étant donné leur nombre peu élevé. Aussi ne donnerons-nous pas nos observations in-extenso, mais nous nous contenterons d'exposer le résumé de nos résultats, avec les durées totales et leurs moyennes.

Disons cependant, qu'il est très difficile de calculer la durée totale du travail. En réalité, lorsqu'on interroge les malades, on voit qu'il est presque impossible de préciser le moment du début du travail.

A titre d'exemple, nous publions une de nos observations, les autres lui sont identiques.

Il est bien entendu, que nous n'avons appliqué la méthode qu'à des parturientes absolument normales, à terme, avec un bassin normal, sans aucune espèce de dystocie.

Observation type.

Mme M. H., primipare. Age : 33 ans.

Dernières règles : 10 juillet.

Grossesse : à terme.

Bassin : normal.

Entrée dans le service : le 7 avril 1938 à 4 h. 1/2.

Examen d'entrée : col effacé, membranes intactes,
dilatation 1 frs.

Début des douleurs : 3 h.

A onze heures :

- dilatation, deux frs.
- rupture artificielle des membranes.
- injection sous-cutanée du mélange :
spasmalgine : un centigramme.
post-hypophyse : deux unités.

A quinze heures quinze mn. :

- dilatation complète.

A quinze heures trente-cinq mn. :

- accouchement normal en O. I. G. A.
- dégagement en O. P.

A seize heures vingt mn. :

- la délivrance naturelle complète.

Durée entre dilatation 2 frs et dilatation complète :

- quatre heures quinze minutes.

Durée d'expulsion :

Vingt minutes.

Durée totale du travail :

- douze heures trente-cinq minutes.

Les suites de couches sont normales.

RESULTAT DE CINQUANTE OBSERVATIONS

Trente-six primipares et quatorze multipares.

Sur les 36 primipares :

	<i>Durée totale</i>	<i>Durée moyenne</i>
12 cas en moins de (2 h. 10, 4 h. 10, 7 h., 8 h., 8 h. 15, 9 h., 9 h. 1/3, 10 h., 10 h., 10 h., 10 h. 20)	10 h.	7 h.
10 cas entre (10 h. 40, 11 h., 11 h. 1/2, 11 h. 1/2, 11 h. 1/2, 12 h. 12 h., 12 h. 1/2, 13 h. 45, 15 h.) ...	10-15 h.	12 h.
14 cas au-dessus de (16 h., 16 h., 16 h., 18 h., 18 h., 18 h., 19 h. 1/2, 19 h. 1/2, 23 h., 25 h., 35 h., 35 h., 40 h. 1/2, 53 h. 45)	15 h.	25 h.

Sur les 14 multipares :

11 cas de secundipares :

8 cas au-dessous de (3 h., 3 h. 1/2, 4 h. 1/2, 4 h. 1/2, 5 h. 1/2, 6 h. 1/2, 7 h. 1/2, 7 h. 1/2)	8 h.	5 h. 1/2
---	------	----------

	<i>Durée totale</i>	<i>Durée moyenne</i>
3 cas		
(10 h. 1/2, 11 h., 13 h.)		
1 cas de III ^e pare	16 h.	
1 cas de IV ^e pare	6 h.	
1 cas de V ^e pare	5 h. 3/4	

Au cours de ces 50 observations, nous n'avons noté aucun accident sérieux, aucune mortalité, ni morbidité qui puisse être mis sur le compte de la méthode.

En ce qui concerne, la délivrance et les suites de couches, la méthode n'a rien à se reprocher.

Sur un total de 50 cas, nous avons noté :

2 cas de légère inertie utérine, après la délivrance,

1 cas de revision utérine, .

2 cas de *forceps* (un pour fatigue de la femme, l'autre pour souffrance fœtale).

En résumé, après l'examen de ces observations, il résulte que dans presque 2/3 des cas, le travail évolue dans un temps normal. Cependant, on peut dire que cette méthode « d'accouchements dirigés » n'a pas une valeur absolue, qu'elle souffre des exceptions car, il y a des cas avec une durée totale de travail très prolongé, un certain nombre de ces derniers, ne peut d'ailleurs pas être mis au passif de la méthode.

Mais ce qui importe de répéter, c'est que le mélange d'hypophyse-spasalgine, tout en étant absolument inoffensif pour la mère et le fœtus, peut rendre le plus souvent, des services en accélérant le travail, et en soulageant les douleurs.

CONCLUSION

Au terme du présent travail, quelques conclusions s'imposent à notre esprit :

1°) Les méthodes dites « d'accouchement médical » et « d'accouchement dirigé » rendent de grands services au cours des accouchements normaux, en accélérant le travail et en soulageant les douleurs.

2°) Ce sont là des méthodes pour combattre les troubles fonctionnels et les contractions spasmodiques, qui sont fréquents au cours des accouchements physiologiques.

3°) L'emploi de ces méthodes dans un service hospitalier bien surveillé, ou réservé aux accoucheurs exerçant leur fonctions dans un milieu obstétrical convenable, ne présente absolument aucun inconvénient, et est exempt de tout danger.

4°) La spasmalgine, rupture des membranes, extrait post-hypophysaire, constituent trois moyens qui permettent d'aider efficacement la marche du travail normal. Il nous paraît donc logique de les utiliser.

5°) Nos préférences vont à l'usage de la spasmalgine et à la rupture demi-précoce des membranes.

6°) Les faibles doses d'extrait post-hypophysaire sont utiles lorsque seule l'inertie semble être en cause.

7°) L'association hypophyse-spasalgine au cours d'un accouchement qui ne progresse, ou progresse lentement, donne les meilleurs résultats.

8°) L'action de ces méthodes n'est pas constante.

9°) Le grand avantage de ces méthodes est l'attention plus soutenue que l'on voue à la marche du travail et l'observation plus rigoureuse de la parturiente.

10°) Enfin cette attention vigilante nécessitée par ces méthodes sera récompensée par un accouchement d'autant plus rapide et d'autant moins pénible.

Vu : Le Président de la Thèse,
JEANNIN.

Vu : Le Doyen,
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
A. BAUDOUIN.

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- BATTLE (R.). — Anesthésie en obstétrique (*Le Sud-Médical et Chirurgical*. 15 mars 1933).
- BROUHA (L.). — L'épreuve du travail (*Revue Française de gynécologie et d'obst.* 1930).
- BURGER (P.). — Accouchement dirigé, accouchement médical (*Gy. et Obst.* Août 1935).
- Etats spasmodiques de l'utérus et leur traitement (*Gy. et Obst.* Août 1930).
- CHAPAZ. — Accouchement indolore et accéléré (*Bul. Soc. d'Obs. et Gy.* 1932).
- CHOQUART (M.-T.). — Accouchement sans douleurs (*Thèse de Paris*, 1931).
- CLOUSTON (H.-R.). — Painless second stage labour (*Canada M. A. J.* 28 : 423. April 1933).
- GARIPUY (R.). — Peut-on et doit-on déclancher ou diriger médicalement un accouchement ? (*L'orientation médicale*. Juillet 1936).
- GEISENDORF (W.). — L'accouchement dirigé (*Thèse de Genève*, 1936).
- L'accouchement dirigé à la Maternité de Genève (*Schweiz. Mediz. Wochens.* 22 mai 1937).
- JULIAN (O.). — Principe de l'accouchement médical et ses résultats (*Thèse de Strasbourg*, 1934).
- JURUS (P.). — De l'efficacité et de l'innocuité de certains procédés destinés à diriger la marche du travail (*Thèse de Lyon*, 1933).
- KELLER (R.). — L'épreuve du travail (*Bul. Soc. d'Obs. et Gy.* 1931).

KREIS (J.). — Le rôle de la poche des eaux (*Gy. et Obst. 1925*).

—— Indications et importance de la rupture artificielle précoce des membranes sans égards pour la dilatation de l'orifice dans les cas de tête mobile (*Bul. Soc. d'Obs. et Gy. 1925*).

—— Le rôle de la poche des eaux pendant l'accouchement en particulier dans les cas de non engagement de la tête avec dystocie osseuse relative ou sans dystocie (*Gy. et Obs. Mai 1928*).

—— L'accouchement médical (*Revue Française de Gy. et Obs. Octobre 1929*).

—— Influence de la rupture artificielle des membranes sur l'évolution de l'accouchement à tous les degrés de dilatation de l'orifice externe (*Bul. Soc. de Gy. et d'Obs. 1929*).

—— Résultats de l'accouchement médical (*Gy. et Obst. Juillet 1931*).

—— Principes et avantages de l'accouchement médical (*La Gy. Janvier 1931*).

—— Principes et valeur de l'accouchement médical dans l'épreuve de dystocie au détroit supérieur (*Rev. Fr. de Gy. et d'Obst. Août 1933*).

—— Avantages de l'accouchement médical chez la primipare âgée (*Rev. fr. de Gy. et d'Obst. Nov. 1932*).

—— Critique de l'accouchement médical (*Gy. et Obst. Déc. 1935*).

LACOME. — L'accouchement dirigé (*Le Concours méd. 12 janv. 1936*).

LEVANT. — L'accouchement normal indolore et accéléré (*Bul. Soc. d'Obst. et Gy. Mars 1932*).

OSTRCIL. — Raccourcissement de l'accouchement normal (*Gy. et Obst. 1928*).

—— Accouchement médical (*Rev. Fr. Gy. et Obst. Juillet 1934*).

- PEETERS. — Accouchements idiopathiques indolores et inconscients (*Nederlandsch. Tijdschrift voor. Geneeskund.* 30 mars 1935, pages : 1399-1400).
- Case of painless labor with tragic end (*Neder. Tijd. voor. Genneskund.* 10 aug. 1933-2 : 3680-3683).
- PHYS-JONES. — Le travail indolore (*The British Medical Journal.* 26 sept. 1936, p. 627).
- SCHICKELE. — Contractions et douleurs spasmodiques au cours de l'accouchement (*Gy. et Obst.* 1928).
- VIGNES (H.). — Peut-on accélérer l'accouchement (*Jour. du praticien* N° 26. Juin 1931).
- Accouchement médical (*Gy. et Obst.* Janvier 1935).
- VAUDESCAL (R.). — Quand le praticien peut-il employer l'hypophyse en obstétrique (*Jour. de Méd. et de Chir. pratiques*, 10 sept. 1931).
- VORON (J.). et PIGEAUD (H.). — Efficacité et innocuité de certains procédés destinés à diriger la marche du travail (*Gy. et Obst.* Août 1934).
- A propos de l'accouchement dirigé (*Rev. Fr. de Gy. et d'Obst.* Octobre 1936).

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	13
DÉFINITION	15
PREMIERE PARTIE. — « <i>L'accouchement médical</i> » ..	19
CHAPITRE I. Les anomalies de la dilatation	20
Physio-pathologie de la contraction	22
CHAPITRE II. Contractions spasmodiques	25
CHAPITRE III. Spasmalgine	29
CHAPITRE IV. Poche des eaux	32
CHAPITRE V. La primipare âgée	40
Epreuve de dystocie	41
DEUXIEME PARTIE. — « <i>L'accouchement dirigé</i> » ..	45
Post-hypophyse	47
TROISIEME PARTIE. — <i>Observations personnelles</i> ...	51
Observation type	54
Résultat de cinquante observations	55
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	59

45